CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?

Benedicto Villagrán[1], Daniela Soto[2], Verónica Vial[3], Carolyn Rodríguez[1], Carlos Misad[4].
[1]Dermatólogo CRS Cordillera Oriente. Departamento de Dermatología de la Universidad de Chile; [2]Interna 7mo año de medicina U de los Andes; [3]Médico General, CESFAM Los Bajos San Agustín, Calera de Tango; [4]Profesor Adjunto Departamento Anatomía Patológica U. de Chile.

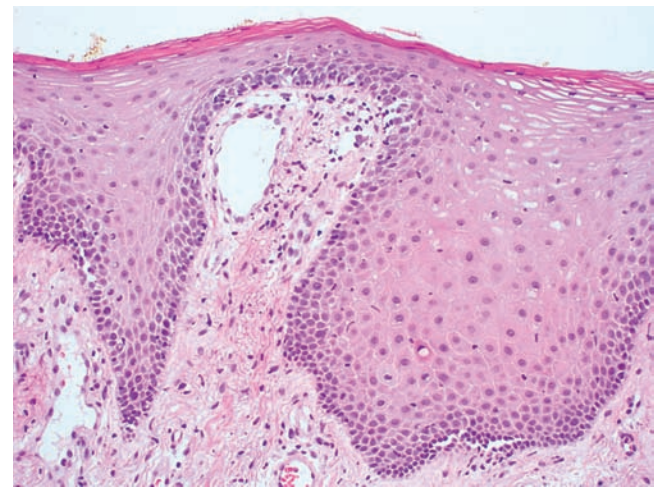
Caso clínico

Paciente de sexo masculino, de 18 años de edad, sin antecedentes mórbidos, no consume fármacos ni tabaco. Consulta por presencia de descamación blanquecino amarillenta, asintomática en los labios de 3 años de evolución. El paciente niega todo tipo de manipulación, lamido, morderse los labios o tener contacto con objetos que puedan explicar su condición. Se realizaron exámenes generales, cultivo y micológico directo de las lesiones los que resultaron negativos.

Al examen físico se observa mayor compromiso del labio inferior el que está cubierto por gruesas escamas blanquecino amarillentas, adherentes, algunas de gran tamaño, pero que al deprenderlas se evidencia epitelio del labio de aspecto normal (Figura 1). No había lesiones en otras áreas de la piel, mucosas o genitales.

Se realizó biopsia del labio que mostraba acantosis irregular, hiperqueratosis paraqueratótica y un escaso infiltrado linfocitario perivascular superficial. No se observaron atipias celulares ni elementos micóticos (Figura 2).





Correspondencia: Benedicto Villagrán.
Correo electrónico: bvillagranv@gmail.com

Diagnóstico

Queilitis exfoliativa

La queilitis exfoliativa (QE) es una inflamación crónica, localizada y superficial del epitelio bermellón de los labios, caracterizada por una producción excesiva de escamas de queratina. Esta condición ha sido reportada bajo diversos nombres tales como queilitis facticia, costras localizadas (localized crusting), costras labiales facticias (factitious lip crusting) y queilitis exfoliativa[1].

Hay autores que afirman que la QE es de etiología facticia por lo que ambos términos son usados indistintamente en la literatura, sin embargo, Taniguchi et al. sugieren que la QE debería ser divida en dos tipos: QE facticia (en la que se demuestren problemas psiquiátricos o emocionales) y en QE idiopática en las que se descarta esta causa o no puede ser demostrada[1].

La causa de la QE “idiopática” es desconocida, mientras que a la de tipo “facticia” se le han atribuido como posibles gatillantes estados de estrés y ansiedad, como también lamerse y morderse excesivamente los labios[2].

A continuación nos referiremos a la QE de causa idiopática.

La QE también se presenta más frecuentemente en mujeres jóvenes, muchas de ellas con trastornos emocionales o atopia[3].

Por otro lado, Reichart et al. sugieren que en pacientes gravemente inmunodeprimidos, jugaría un rol la infección por Cándida, y que la QE debería ser considerada como parte del espectro clínico de candidiasis oral en pacientes con SIDA[3].

El diagnóstico de la QE se basa en la historia y en los hallazgos clínicos[4]. Los principales síntomas de la QE son sensibilidad y ardor, aunque algunos pacientes se quejan de dolor; no es lo más frecuente y generalmente es de baja intensidad[2].

Clínicamente se observan gruesas escamas amarillentas, las que se desprenden fácilmente de forma manual sin provocar dolor, bajo ellas hay epitelio normal, sin signos de ulceración ni eritema. Además los labios se muestran resecos e incluso con fisuras; en ocasiones las lesiones pueden sangrar y dar origen a costras de aspecto hemorrágico[5].

El labio inferior es el que se ve afectado con mayor frecuencia y es habitual que sea el de mayor severidad[5], como en este caso.

De forma característica esta patología presenta un curso cíclico, caracterizado por la presencia de labios eritematosos o de coloración normal durante la primera etapa, los que luego se van engrosando progresivamente por la formación constante y excesiva de escamas de queratina, lo que les otorga un aspecto costroso. El ciclo se completa con el desprendimiento de esta capa superficial, lo que ocurre en forma secuencial en las diferentes zonas de los labios. Este ciclo puede variar en duración entre los distintos pacientes[5].

La duración del cuadro puede ir desde un par de semanas hasta años3. Las lesiones pueden remitir espontáneamente, aunque suelen ser recurrentes en el tiempo[6].

La QE puede afectar de forma importante la calidad de vida de los pacientes, ya que actividades básicas como comer, hablar y reír, pueden verse alteradas[5] y a que la apariencia de los labios puede provocar baja autoestima en los afectados[2].

Dependiendo de la etapa de evolución de las lesiones, la histología revela distintos grados de queratosis, fibrosis, hiperplasia epitelial e inflamación con infiltrado linfoplasmocitario en la lámina propia[5,7].

Cabe destacar que las lesiones en los labios pueden corresponder a una manifestación de enfermedades sistémicas o a una enfermedad dermatológica localizada[5].

Dentro de los diagnósticos diferenciales a considerar en nuestro caso, se incluyen entidades que afectan predominantemente los labios, tales como[3,6]:

1.Queilitis de contacto alérgica: La principal causa se deben a fragancias contenidas en cosméticos de uso labial, también es frecuente debido a sustancias contenidas en pastas dentales. El cuadro aparece en forma aguda después de uno o más contactos con el alérgeno, la nueva exposición conduce en 24 a 48 horas a una reacción clínica que se inicia con sequedad o sensación de ardor y eritema, que puede evolucionar con descamación y fisuras, lo que la hace muy difícil de distinguir de la QE. Es de utilidad indagar en esta sospecha clínica sobre la exposición a alérgenos y realizar estudio de contactantes. El diagnóstico se confirma con un test de parche (+) o cuando al retirar el alérgeno el cuadro se resuelve y reaparece a las pocas horas frente a un nuevo contacto[2,8].

2.Queilitis de células plasmáticas: Es un raro trastorno inflamatorio del labio que presenta un infiltrado de células plasmáticas, similar a una banda en la dermis superior. Es un tipo de mucositis orificial de carácter benigno e idiopático. Clínicamente se presenta con parches eritematosos circunscritos, los labios se observan rojos y brillantes, a veces engrosados con fisuras y ulceración, sin embargo, a diferencia de la QE, se presenta en personas mayores. Además es de utilidad examinar los genitales ya que en en la QE no se ven afectados.

3.Queilitis por Cándida Albicans: Las lesiones por cándida más conocidas son estomatitis, glositis romboidal media, y

queilitis angular, esta última asociada a pacientes inmunodeprimidos. Algunos casos de queilitis en los que el tratamiento con esteroides tópicos ha sido ineficaz, han sido tratadas con anti fúngicos con buenos resultados, lo que sugiere que en algunos casos la infección por cándida puede ser considerada dentro del espectro clínico de una queilitis[9], por lo que se sugiere siempre descartarla.

4.Queilitis actínica (QA): Es una inflamación crónica de los labios debido a la exposición a la radiación UV. Se produce con mayor frecuencia en varones con piel clara, de mediana a avanzada edad y afecta con mayor frecuencia al labio inferior, al igual que la QE. Clínicamente también se manifiesta de forma muy similar, con labios secos y arrugados, alteración en la delimitación entre el epitelio bermellón y la piel circundante; eritema, ulceración, descamación y edema también pueden estar presentes; generalmente se acompaña de piel con signos de fotodaño. Los principales factores de riesgo son la realización de actividades al aire libre y el fototipo de piel[8].

En pacientes con estos antecedentes es importante realizar una biopsia por la potencial malignización y desarrollo de carcinomas de células escamosas en la QA.

5. Queilitis Glandularis (QG): Se considera una alteración inflamatoria crónica de las glándulas salivales menores. Suele afectar a varones de raza blanca de edad media o avanzada, que generalmente realizan trabajos a la intemperie y también se ha descrito en mujeres y niños, en los que las alteraciones emocionales y la atopia serían los irritantes causales. Clínicamente tiene varias similitudes con la QE, se presenta con escozor habitualmente en la mucosa del labio inferior y con frecuencia se acompaña de fisuración y costras de saliva desecada. Sin embargo lo más relevante de la clínica de la QG es la inflamación, la que puede alcanzar 2 a 3 veces el volumen normal del labio, con puntos rojos, blancos o negros en su superficie que drenan un líquido transparente y viscoso, sobre todo al presionar el labio. El tratamiento consiste en controlar los agentes irritantes y la bermellectomía[10].

Tratamiento

El manejo de estos pacientes es un verdadero desafío ya que no existen ensayos clínicos o guías para su manejo, por lo tanto el tratamiento se basa en experiencias de reportes de casos clínicos[2].

Usualmente el tratamiento es difícil y refractario.

Se han usado múltiples terapias entre ellas: amitriptilina, diazepam, psicoterapia, hidrocortisona tópica, subacetato de aluminio, tacrolimus, urea, ácido salicílico, productos herbales, antibacterianos, antifúngicos, factor solar, emolientes y nitrógeno líquido.

Los resultados son variables y a menudo poco satisfactorios. Asimismo el cuadro puede remitir de forma espontánea siendo frecuentes las recurrencias[1,2].

Conolly et al. trataron a un paciente con QE resistente a emolientes y cambios en el estilo de vida con corticoides tópicos (clobetasol), el cual inicialmente tuvo buena respuesta, pero luego del cese de la aplicación recaía rápidamente. Con el uso de Tacrolimus tópico se consiguió la remisión completa del cuadro[11].

El grupo de Denardi et al. tuvo éxito en el tratamiento de la QE recurrente, con ungüento tópico de *Calendula Officinalis* al 10%. El extracto de caléndula es cicatrizante, antiséptico y antifúngico, además aumenta la irrigación sanguínea al área tratada[6].

Asimismo, se menciona en la literatura la notable mejoría del cuadro después del tratamiento con antidepresivos, sin embargo, la mayoría reconoce que con este tratamiento no hay resolución completa del cuadro[5].

Conclusión

Presentamos un caso de QE por ser una patología poco frecuente y de escaso conocimiento en el ambiente médico. Esta patología es una inflamación crónica del epitelio bermellón de los labios que afecta la calidad de vida y autoestima de los pacientes. Actualmente se tiene poco conocimiento sobre el manejo y opciones de tratamiento; las recomendaciones actuales están basadas en experiencias clínicas y faltan mayores estudios. En la literatura esta entidad ha sido reportada bajo numerosos nombres e incluso algunos autores afirman que la QE es de origen facticio. Sin embargo, otros sugieren dividir la QE en dos tipos: facticia e idiopática, lo que evita así la confusión entre los dos términos.



Referencias bibliográficas

1. Taniguchi S, Kono T. Exfoliative cheilitis: a case report and review of the literature. Dermatol Basel Switz. 1998;196(2):253–5.
2. Almazrooa SA, Woo S-B, Mawardi H, Treister N. Characterization and management of exfoliative cheilitis: a single-center experience. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 2013;116(6):e485–9.
3. Reichart PA, Weigel D, Schmidt-Westhausen A, Pohle HD. Exfoliative cheilitis (EC) in AIDS: association with Candida infection. J Oral Pathol Med Off Publ Int Assoc Oral Pathol Am Acad Oral Pathol. 1997;26(6):290–3.
4. Calobrisi SD, Baselga E, Miller ES, Esterly NB. Factitial cheilitis in an adolescent. Pediatr Dermatol. 1999 ;16(1):12–5.
5. Mani SA, Shareef BT. Exfoliative cheilitis: report of a case. J Can Dent Assoc. 2007;73(7):629–32.
6. Roveroni-Favaretto LHD, Lodi KB, Almeida JD. Topical Calendula officinalis L. successfully treated exfoliative cheilitis: a case report. Cases J. 2009;2:9077.
7. Cavalcante ASR, Anbinder AL, Carvalho YR. Actinic cheilitis: clinical and histological features. J Oral Maxillofac Surg Off J Am Assoc Oral Maxillofac Surg. 2008;66(3):498–503.
8. García López E, Blanco Ruiz AO, Rodríguez García LO, Reyes Fundora D, Sotres Vázquez J. Queilitis: Revisión bibliográfica. Rev Cuba Estomatol. 2004;41(2):0–0.
9. Terai H, Shimahara M. Cheilitis as a variation of Candida-associated lesions. Oral Dis. 2006 May;12(3):349–52.
10. Piqué E, Palacios, Santiago, Jordán, María Dolores. Queilitis glandular. Actas Dermosifiliogr. 2003;94(7):483–5.
11. Connolly M, Kennedy C. Exfoliative cheilitis successfully treated with topical tacrolimus. Br J Dermatol. 2004;151(1):241–2.